

＜担当課＞

課 長	課長補佐	係 長	担 当

＜申請課＞

所 属 長

甲賀市 手話通訳者 派遣申請書

甲賀市長 あて 年 月 日
(FAX -)

申請者	住 所	
	氏名または 団体名	
	TEL/FAX	

下記のとおり、手話通訳者の派遣を申請します。
なお甲賀市において対応できない場合は委託事業所に情報提供することに同意します。

派遣日時	年 月 日 ()				
	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分				
派遣場所	会 場 名				
	所 在 地				
	TEL/FAX				
行 事 名		連絡先	所 属 課		
			担 当 者		
			TEL/FAX		
			内線番号		
通訳内容					
	手話通訳対象者: 名()				
待ち合せ	時間	午前・午後 時 分	場所		
連絡事項					
要約筆記	無し ・ OHP(OHC) ・ ノートテイク ・ パソコン				

⇒通訳内容について、地図・資料などがある場合は添付して下さい。

【担当課欄】

滋賀県聴覚障害者福祉協会 様

いつもお世話になり、ありがとうございます。

専任は ☐行けます ☐行けません

時 分～ 時 分 派遣をお願いします。

請求先 担当課 ・ 申請者